

427
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 Juin 1898, à 1 heure

Par EUGÈNE AUFFRAY

Né à Rennes (Ille-et-Vilaine), le 12 octobre 1871.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

Ex-interne de l'hôpital du Mans.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
Du Diagnostic
DE LA PÉRITONITE SURAIGÜE
DANS L'ULCÈRE PERFORÉ DE L'ESTOMAC

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges : MM. CHANTEMESSE, professeur.

MARFAN et ACHARD, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1898



Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 Juin 1898, à 1 heure

Par EUGÈNE AUFFRAY

Né à Rennes (Ille-et-Vilaine), le 12 octobre 1871.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

Ex-interne de l'hôpital du Mans.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

Du Diagnostic

DE LA PÉRITONITE SURAIGÜE

DANS L'ULCÈRE PERFORÉ DE L'ESTOMAC

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges : MM. CHANTEMESSE, professeur.

MARFAN et ACHARD, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M.		BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		DEBOVE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LABOULBÈNE.
		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		BUDIN.
		PINARD.
Agrégés en exercice.		
MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRÉ.	LEJARS.	SEBILEAU.
EAR.	LETULLE.	THIERRY.
BONNAIRE.	MARFAN.	THOINOT.
BROCA.	MARIE.	TUFFIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VARNIER.
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTHER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	travaux anatomi-	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	ques.	
	REITTERER.	

Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE.

A MON PÈRE.

A MON FRÈRE.

A MES PARENTS.

A MES MAÎTRES.

A MES AMIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Médecin à l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux d'adresser ici nos remerciements à tous les maîtres qui nous ont aidé de leurs leçons et de leurs conseils.

Notre reconnaissance va tout d'abord à nos maîtres de l'École de Rennes, où nous avons commencé nos études médicales. Que MM. les docteurs Regnaut, Dayot père et Dayot fils, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne, veuillent bien agréer l'assurance de notre profonde gratitude.

A Paris, nous avons rempli les fonctions d'externe dans les services de M. le professeur Le Dentu, à l'hôpital Necker, de M. le docteur Faisans, à l'hôpital de la Pitié ; nous leur exprimons ici notre vive reconnaissance pour leur enseignement clinique si pratique et si clair.

Nous avons enfin, pour parfaire notre éducation clinique, passé, en qualité d'interne, près de deux ans à l'hôpital du Mans. Que les chefs de service de cet hôpital, MM. les docteurs Méliçon, Le Bail, Rocher, Drouin, Hervé, Goutard, qui nous ont toujours témoi-

gné un affectueux intérêt, soient assurés de notre respectueuse et sincère gratitude. Je remercie particulièrement M. le docteur Rocher, dont j'eus l'honneur d'être l'interne, des excellents conseils qu'il m'a prodigués. M. le docteur Drouin, dans le service chirurgical duquel nous avons passé une année, a toujours été pour nous un guide affectueux et sûr. Nous le remercions d'une façon spéciale de l'intérêt qu'il nous a porté et de la confiance qu'il nous a toujours témoignée.

M. le professeur Dieulafoy nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, qu'il daigne agréer l'hommage de notre profonde et respectueuse reconnaissance.

PRÉLIMINAIRES. DIVISION

Parmi les complications de l'ulcère de l'estomac, la plus grave, soit immédiatement, soit par les accidents consécutifs qu'elle détermine, est sans contredit la perforation. A la suite d'un ulcère perforé de l'estomac, il peut en effet survenir : 1° Soit une péritonite suraiguë généralisée ; 2° soit une péritonite circonscrite (abcès peri-stomacaux) ; 3° soit une fistule bi-muqueuse, par suite de l'ouverture de l'ulcère dans un organe voisin, préalablement accolé à l'estomac par des adhérences.

Nous nous bornerons ici à l'étude de la première de ces complications. C'est-à-dire que nous rechercherons s'il existe des signes spéciaux, sur lesquels on puisse se baser pour dire, en face d'une péritonite : c'est une péritonite par perforation, et cette perforation doit être localisée dans l'estomac.

M. le professeur Dieulafoy, dans la XII^e leçon de ses cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu (1897-1898) « perforation de l'ulcère simple du duodénum » a étudié d'une façon très précise la péritonite consécutive à la perforation soit de l'ulcus duodénal, soit de l'ulcus stomacal.

Aussi, pour l'étude de la symptomatologie propre à cette grave complication, comme pour l'étude du diagnostic différentiel, nous avons puisé largement dans ce chapitre et nous nous sommes inspiré de l'enseignement de notre maître pour l'élaboration de ce travail.

Le diagnostic de cette péritonite est-il donc si important qu'il mérite d'être étudié d'une façon spéciale ? Oui certes et aujourd'hui plus que jamais.

Actuellement, en effet, les progrès de la chirurgie nous permettent d'espérer qu'une intervention précoce sauvera un malade voué sans cela à une mort certaine. Voici d'ailleurs à ce sujet l'opinion de M. Poncet (in Th. de Chapt.) : « Du moment où l'on intervient dépend en grande partie le succès de l'intervention. C'est assez dire l'importance capitale qu'il y a pour le malade à appeler de suite le médecin, la nécessité où se trouve celui-ci de poser immédiatement le diagnostic et d'appeler à son secours le chirurgien. » — Steinthal insiste également beaucoup sur ce point. En effet, et tout le monde est là-dessus aujourd'hui d'accord, la seule chance de salut pour un malade atteint de péritonite généralisée à la suite de la perforation d'un ulcère de l'estomac, est l'intervention chirurgicale et l'intervention aussi précoce que possible. « En face d'une perforation du duodénum, comme en face d'une perforation de l'estomac, ce qu'il importe, c'est de faire un diagnostic précis, de prendre une décision rapide, et d'opérer sans retard. » (Dieulafoy, page 248, Clin. de l'Hôtel-Dieu 1897-1898). Dans son *Traité sur la Thérapeutique des maladies*

infectieuses, le professeur Bouchard s'exprime ainsi sur le même sujet : « Les péritonites par perforation étaient considérées, il n'y a pas longtemps, comme des accidents au dessus des ressources de l'art. Voici qu'on se décide à examiner le siège du mal : on ouvre l'abdomen, on le nettoie, on reconnaît le siège de la perforation, on y place une suture, on fait le pansement et la cause du mal étant supprimée, on guérit le malade. »

Avec un diagnostic ferme et précis, le chirurgien fera son incision au lieu d'élection ; et une fois le ventre ouvert, il ne perdra pas un temps précieux dans l'examen des organes du petit bassin, l'examen de l'appendice ou des intestins, mais ira directement vers l'estomac où il sait que siège la perforation. Le malade aura de cette façon un minimum de choc et sera par conséquent dans de meilleures conditions pour la guérison.

Dans ce travail, nous étudierons dans un premier chapitre les faits qui nous permettront, *avant la laparotomie*, de localiser à l'estomac la perforation cause de la péritonite. Dans un second chapitre, nous essaierons de montrer que, lorsque le diagnostic n'a pu être fait avant l'opération, on trouvera, *au cours de celle-ci*, des indices qui devront faire porter les recherches du chirurgien de préférence vers la région de l'estomac.

Nous nous bornerons dans ce travail à l'étude du diagnostic de la péritonite aiguë généralisée par ulcère perforé de l'estomac ; néanmoins nous croyons qu'il

est utile même pour ce diagnostic, de rappeler un point de son anatomie pathologique. La péritonite dont nous nous occupons est à peu près exclusivement consécutive à la perforation d'un ulcère siégeant sur la paroi antérieure de l'estomac. Ce fait avait été depuis longtemps remarqué et l'on avait même attribué au traumatisme un certain rôle dans cette fréquence. Il semble plus rationnel de dire que la face antérieure de l'estomac est mobile derrière la paroi abdominale, que ces surfaces glissent continuellement l'une devant l'autre, circonstance qui favorise peu la production d'adhérences. Aussi, lorsque survient une perforation d'un ulcère de cette face antérieure, le contenu de l'estomac s'épanche dans la cavité abdominale et une péritonite généralisée se déclare. Au contraire, la face postérieure de l'estomac glisse peu, des adhérences se font fréquemment avec les organes voisins, limitant ainsi une loge en dehors de la grande cavité péritonéale, où se déversera le contenu stomacal, dans le cas de perforation d'un ulcère postérieur, et il en résultera seulement un abcès péri-stomacal ou une fistule bi-muqueuse.

La conséquence pratique à tirer de ce fait, c'est que le chirurgien, dans le cas de péritonite généralisée, devra surtout examiner soigneusement la face antérieure de l'estomac. Néanmoins, comme il existe des observations, rares il est vrai, où la perforation d'un ulcère siégeant à la face postérieure, a pu déterminer une péritonite généralisée, (Observ. XIII) il devra compléter son examen par l'exploration de la face

postérieure de l'estomac. D'ailleurs, il existe aussi des cas (Obs. XVIII) où un ulcère perforé postérieur coïncidait avec un ulcère perforé antérieur.

I

Des symptômes sur lesquels on peut baser le diagnostic avant la laparotomie.

La perforation de l'ulcère de l'estomac survient dans deux circonstances bien différentes : ou bien chez un sujet présentant depuis un certain temps la symptomatologie habituelle de l'ulcère simple de l'estomac, dont la douleur, les vomissements, l'hématémèse, constituent les trois principaux caractères ; ou bien, au contraire, elle se produit brusquement sans avoir été annoncée par aucun trouble appréciable des fonctions stomacales.

Il est bien évident que, dans le premier cas, le diagnostic sera de beaucoup plus facile : « Il est certain, dit le professeur Dieulafoy, que si un malade atteint, depuis quelque temps, de vives douleurs gastriques, de vomissements, d'hémathémèses, symptômes habituels de l'ulcus stomacal, est pris un jour, brusquement, d'atroces douleurs et de péritonite aiguë, on n'hésitera pas un instant à mettre cette péritonite sur le compte de la perforation stomacale, et on aura raison. »

Mais dans le second cas, quand les mêmes accidents

surviendront chez une personne dont rien dans le passé pathologique n'attire l'attention du côté de l'estomac, le diagnostic sera embarrassant et très souvent d'une grande difficulté. Or, précisément, l'ulcère perforant est fréquemment un ulcère latent. Cruveilhier avait déjà signalé ce fait que tous les auteurs ont confirmé depuis : Debove, Bouveret dans leurs traités ; Dieulafoy, dans ses leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu y insiste longuement. On verra aussi dans les observations que nous avons réunies, combien l'ulcère latent est fréquemment signalé comme origine de la perforation.

Aussi, est-ce surtout pour ces cas de perforation d'ulcère latent, que nous allons étudier les symptômes qui doivent faire penser au praticien que l'affection en face de laquelle il se trouve est une péritonite par perforation d'ulcère de l'estomac.

Pour arriver à ce diagnostic, il faudra tout d'abord étudier les *commémoratifs*, puis les *symptômes* que présente actuellement le malade et voir si parmi ces symptômes il n'en est pas de particuliers, de spéciaux, qui doivent attirer l'attention vers l'estomac. Telle sera la division que nous adopterons pour ce chapitre.

Après l'étude de ce que les commémoratifs et les symptômes peuvent apporter comme appoint au diagnostic, nous étudierons rapidement le diagnostic différentiel des affections que l'on pourrait confondre et que l'on a confondues parfois avec la péritonite qui fait le sujet de ce travail.

I. — Étude des commémoratifs. — Nous ne revien-

drons pas sur ce que nous avons dit plus haut au sujet des accidents de perforation survenant chez un individu ayant présenté, d'une façon plus ou moins complète, les symptômes habituels de l'ulcus de l'estomac.

L'étude des commémoratifs nous sera aussi d'une certaine utilité dans le cas d'ulcère latent perforé. Il s'agit alors d'examiner avec le plus grand soin les circonstances qui ont précédé immédiatement ou accompagné les symptômes de perforation.

En effet, si la perforation peut résulter du seul fait de l'extension du *processus* ulcéreux, il n'en est pas moins vrai que, le plus souvent, il existe une cause occasionnelle déterminant la rupture du point de la paroi amincie. Il nous semble donc qu'il n'est pas indifférent pour le diagnostic d'examiner en quelles circonstances sont apparus les premiers symptômes de péritonite ; et on relèvera souvent dans les anamnestiques la coïncidence des accidents violents et douloureux du début, que nous étudierons plus loin, avec des causes occasionnelles que nous allons maintenant rapidement passer en revue.

En premier lieu, ces causes occasionnelles peuvent agir directement sur les parois stomacales altérées, comme dans le cas d'ingestion d'aliments liquides ou solides, d'efforts de vomissements, de distension gazeuse. En effet, Lefèvre et Revilliod, mentionnent l'apparition brusque des symptômes de perforation à la suite de l'ingestion des aliments. Ce fait est également fréquemment constaté dans les observations que

nous rapportons. Le vomissement aussi a été très souvent noté. Et l'on comprend que l'estomac se contractant pour chasser son contenu, il se fait des froissements et des tiraillements de la partie amincie, qui peuvent facilement en amener la perforation.

En second lieu, ces causes occasionnelles peuvent être divers phénomènes se produisant en dehors de l'estomac : toux, éternuement, détécation, effort (Obs. XIV), traumatismes presque insignifiants.

Et comme le fait remarquer Damaschino, toutes ces causes sont, par elles-mêmes, impuissantes à rompre des parois gastriques normales. Aussi des accidents de perforation, survenant dans ces conditions, doivent faire penser qu'il s'agit d'un ulcère de l'estomac perforé, qu'il y ait eu des symptômes d'ulcères, ou que cet ulcère ait évolué jusqu'alors à l'état latent.

II. — Étude des symptômes propres à la péritonite par perforation d'un ulcère stomacal. — Nous ne reproduirons pas ici le tableau symptomatique, d'une péritonite par perforation stomacale. Cette symptomatologie est décrite dans tous nos ouvrages classiques. Nous nous bornerons à l'étude des symptômes particuliers à cette forme de péritonite et nous essaierons de montrer qu'il est possible de faire un diagnostic exact du siège de la perforation.

Le premier symptôme qui apparaît, celui qui marque d'une façon solennelle, le début des accidents c'est la *douleur*. « Il est un symptôme, dit le professeur Dieulafoy, qui ne manque pour ainsi dire jamais, au moment

de la perforation de l'ulcus du duodénum ou de l'estomac, ce symptôme, c'est la soudaine intensité de la douleur, ce que nous appellerons, si vous le voulez bien, *le coup de poignard péritonéal*. » (Clin. de l'Hôtel-Dieu, page 238). Je dois dire avant d'aller plus loin, que ce symptôme, par la *soudaineté* de son apparition, par son *intensité*, par sa *localisation* et par sa *constance*, est le plus important des éléments du diagnostic.

Cette douleur est en effet *soudaine* : c'est brusquement, parfois sans cause, souvent à la suite d'une des circonstances que nous avons étudiées à propos des commémoratifs, que le malade ressent soudain une douleur d'une violence extrême et d'une brusquerie telle que le malade croit avoir reçu « un coup de poignard » : c'était en effet l'expression du malade qui faisait l'objet de la leçon clinique du professeur Dieulafoy.

L'*intensité* de cette douleur peut être considérable : les malades se roulent à terre, quelques-uns perdent connaissance et tombent. Leur souffrance est tellement grande qu'ils prennent parfois, dans le but de trouver du soulagement, les positions les plus bizarres. C'est ainsi que parmi les observations que nous avons consultées pour cette thèse, nous avons vu le fait d'une jeune femme qui ne se trouvait soulagée qu'en se mettant à genoux à terre, le ventre appuyé sur un banc : elle mourut dans cette position. Les comparaisons données par les malades indiquent bien aussi à quel degré d'intensité arrive cette dou-

leur : certains, en effet, disent qu'il leur semble avoir avalé du feu; dans l'observation XVII le malade croyait avoir avalé un morceau de verre qui lui déchirait l'estomac.

Cette douleur, si soudaine et si intense, a, au moins au début, une *localisation* bien nette et d'une grande importance pour le diagnostic. C'est à l'épigastre que les malades disent avoir ressenti cette souffrance aiguë qui les a terrassés; et le plus souvent, c'est à l'hypochondre gauche, que l'on arrive, par un interrogatoire bien mené, à localiser définitivement le point de départ douloureux. Cette douleur a quelques irradiations diverses, dont la plus constante est la douleur interscapulaire, ou seulement de l'épaule gauche. Plus rarement c'est dans l'hypochondre droit que les malades localisent le maximum de leur douleur.

Cette douleur, nettement localisée, finit au bout d'un certain temps par s'étendre à tout l'abdomen, mais néanmoins quand on n'arrive pas trop tardivement, on peut, par un palper délicat, ou un simple frôlement, trouver que le point le plus douloureux est encore sus-ombilical, épigastrique. Au moment de cette recherche par le palper ou le frôlement, il se produit assez souvent un phénomène très frappant, que l'on a déjà décrit et observé, mais pour une région spéciale, dans l'appendicite. Nous voulons parler du phénomène de défense des muscles de la région, lorsque avec un crayon ou la pulpe du doigt, on effleure la région épigastrique. A ce niveau en effet, on constate alors une contraction rapide des muscles

qui concourent à la formation de la sangle abdominale en cette région. La même recherche au dessous de l'ombilic ne donne rien de semblable. Nous verrons d'ailleurs plus loin l'état particulier des muscles grands droits dans cette péritonite.

A tous les caractères que je viens d'étudier, il faut encore ajouter que cette douleur est à peu près *constante*. Tous les auteurs l'ont en effet signalée et la plupart lui attribuent une très grande valeur diagnostique.

Suivant M. Grasset, c'est surtout par le point de départ de la douleur, par le siège du centre des irradiations, que l'on arrivera à poser le diagnostic. Spillman et Ganzinotty, dans l'article Péritonite du dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, mentionnant également la douleur de l'épigastre comme révélatrice de la perforation du duodénum ou de l'estomac. Chapt, dans sa thèse conclut ainsi : « La brusquerie de l'apparition de la douleur, son intensité, son siège spécial, ont pour nous une telle importance, que nous n'hésiterions pas à poser le diagnostic sur ce signe presque seul, bien observé et soigneusement analysé dans ses détails. »

Je dois encore, au sujet de cette douleur du début, mentionner quelques points qui ont pour le diagnostic une certaine importance. Certains malades disent avoir eu la sensation comme d'un craquement, comme d'une déchirure intérieure, au moment même de l'apparition de la douleur (Obs. VI.)

Quelques-uns même disent avoir senti l'écoulement

d'un liquide dans la cavité abdominale. Sans vouloir attacher une grande importance à ces deux signes subjectifs, nous avons cru néanmoins utile de les signaler.

Il est un autre signe plus constant, sur lequel Chapt a insisté beaucoup dans sa thèse et que M. Michaux a rappelé quand il dit : « Certains auteurs, ayant constaté que la douleur subit une recrudescence quand le malade ingère quelque liquide, ont proposé d'utiliser ce signe comme moyen de diagnostic. » Chopin, dans sa thèse, dit également à propos de la douleur du début : « que loin de la calmer, l'ingestion du liquide l'exaspère. » En effet dans les observations I, XIV, XVI, XVII, ce signe est noté, et nous croyons que, surtout dans le cas où on aurait quelques doutes sur la localisation, sur le point de départ des douleurs, ce signe bien constaté aiderait évidemment beaucoup à fixer le diagnostic.

Après cette douleur spéciale dont les caractères sont si nettement accusés, le malade tombe dans un état tout particulier : les traits sont tirés, les yeux excavés, le nez pincé, le teint d'une pâleur terreuse, le pouls est petit et rapide, il existe parfois du hoquet, en un mot le malade porte déjà « la griffe péritonéale. » (Dieulafoy Loc. cit. p. 240).

Quelque temps après, survient fréquemment un *collapsus*, dont la rapidité d'apparition, l'intensité, sont des preuves de plus en faveur d'une perforation. Ce signe par lui même n'indique guère que l'existence de la perforation, sans en préciser le siège.

Cependant son intensité semble plutôt en rapport avec une perforation stomacale, dont les dimensions sont en général beaucoup plus grandes que celles des perforations intestinales. De plus son apparition très rapide à la suite de la douleur que nous avons étudiée plus haut, chez un individu en pleine santé, ne laisse guère le diagnostic en suspens qu'entre une perforation duodénale et une perforation stomacale. Et nous verrons plus loin le peu d'importance et l'impossibilité fréquente de ce diagnostic différentiel. Un signe qui accompagne parfois la perforation stomacale est l'hypothermie. Talamon a noté une température centrale de 35°. Une température normale coïncidant avec les symptômes ordinaires de la péritonite aiguë, se voit plus fréquemment.

« La fièvre ordinairement si vive dans la péritonite aiguë, dit Chopin dans sa thèse, est ici, le plus souvent, très modérée, elle peut faire complètement défaut et est même remplacée parfois par de l'hypothermie. »

Mais bientôt apparaissent, du côté de l'abdomen, des symptômes qui annoncent le début de la réaction péritonéale. Ou bien le ventre se *ballonne* considérablement, ou bien au contraire, le ventre devient *plat et dur comme sanglé*.

Le premier de ces états, le *tympanisme* est un fait classique dans la péritonite par perforation. Ce tympanisme peut être plus ou moins accusé, amener des troubles de la respiration, la disparition de la matité hépatique. A propos de cette disparition de la matité hépatique, nous croyons qu'il est utile de discuter ce

signe que certains auteurs ont autrefois regardé comme un excellent symptôme de la perforation de l'estomac. Certes il peut exister dans ce cas, mais il est également fréquent dans toute perforation intestinale. De plus il peut même exister sans qu'il y ait perforation : on comprend qu'une anse d'intestin distendue puisse se loger en avant du foie. Enfin, ce signe n'est nullement constant dans l'ulcère de l'estomac perforé, accompagné de péritonite généralisée. Aussi Griesinger dit qu'il ne faut accorder une certaine signification à ce fait, que s'il est accompagné des autres signes de la perforation.

J'ai dit que, à côté des cas où, le ventre est très distendu, il en existait où au contraire, le ventre était *plat et dur*, tout en conservant sa sonorité, au moins en avant. Car dans les flancs, au bout d'un certain temps, la matité décelant un épanchement peut-être constatée.

Cet état *tendu et dur* des muscles de la paroi abdominale, Bauer, dans un travail sur la péritonite aiguë diffuse, l'explique par une contraction réflexe. Alibert, dans la thèse de Roux (Montpellier, 1823) avait déjà attiré l'attention sur ce fait: Ebstein y a particulièrement insisté. Le professeur Dieulafoy dit également que le tympanisme n'existe pas toujours et qu'il est des malades, atteints de perforation de l'estomac, chez lesquels la péritonite à son début, provoque par action réflexe une telle contraction des muscles abdominaux que loin d'être météorisé, le ventre est comme sanglé, il est plat et dur.

Au point de vue de la valeur diagnostique de ce signe, voici ce que dit Beager dans sa thèse : « Un ventre plat et dur, dans un cas de péritonite aiguë paraissant provoquée par une perforation, doit faire songer à placer dans l'estomac le siège de cette perforation. » Voilà donc un signe d'une valeur non douteuse pour le diagnostic. On peut encore lui donner une valeur plus grande en l'étudiant d'une façon plus précise;

Cette tension des muscles de l'abdomen est surtout due à la contraction des grands droits. Mais cette contraction est inégale et atteint une intensité beaucoup plus considérable dans leur partie sus-ombilicale, quand il s'agit de perforation stomacale. Chapt note en effet, dans ce cas, l'état tendu et rétracté de l'abdomen surtout manifeste à la partie supérieure des muscles grands-droits, du côté gauche particulièrement. De son côté M. Michaux accorde une importance très notable à la rétraction de la paroi abdominale, avec tension partielle des ventres supérieurs des muscles grands droits de l'abdomen. Mais ce signe doit être étudié et recherché au début des accidents; car au bout d'un certain temps, les muscles se parésiant, cette défense cesse et le ventre se ballonne uniformément.

Enfin, il est un dernier signe particulier à la péritonite par ulcère perforé de l'estomac : c'est l'*absence de vomissements*. Plusieurs auteurs ont en effet cherché à établir des différences entre les diverses variétés de péritonite par perforation et nous trouvons signalée par un grand nombre d'entre eux, l'absence de vomissements, dans la péritonite par perforation stomacale.

Voici d'ailleurs le résultat des recherches sur ce point, résultat mentionné dans la thèse de Méhier, de Lyon :

Alibert, dans la thèse de Roux (Montpellier 1823) dit, que l'estomac, dans la péritonite par perforation de cette organe, se contracte avec violence, mais le plus souvent nerejette aucune matière.

Gérard, prétend que les efforts de vomissement qui se déclarent à la suite de la perforation stomacale, ne sont jamais suivis d'une évacuation considérable, que souvent même ils ne produisent pas le moindre résultat. « Et cela même est un point de diagnostic important entre la perforation spontanée de l'estomac d'une part et d'autre part les empoisonnements ordinaires et le choléra ».

Peter Krukenberg, qui a étudié les perforations à la suite de tumeurs, ne signale pas de vomissements.

Bressler (*Maladies de l'estomac et de l'intestin*) donne comme symptôme principal de la perforation de l'estomac, la cessation brusque des vomissements. « C'est à peine, dit Bressler, si le malade peut vomir une ou deux fois après l'invasion de la douleur ».

Grisolles, prétend que dans ces cas, il y a de la nausée, mais pas de vomissement.

Canstatt (*Specielle Pathologie und Therapie*) dit qu'il y a toujours envie de vomir, mais rarement de vomissements.

Bardleber, constate aussi la rareté des vomissements dans la péritonite par la perforation stomacale.

Traube (*Deux cas de perforations stomacales*) dit

que dans la péritonite par perforation stomacale, il manque le vomissement, symptôme si fréquent dans les péritonites ordinaires ; et il prétend que les vomissements ne peuvent pas se produire, parce que les ingesta sont rejetés par l'ouverture de l'estomac, au lieu d'être rejetés par l'œsophage.

Damaschino, dans son Traité, fait remarquer que les vomissements ne sont pas constants. De même Spilman et Ganzinotty, dans l'article péritonite du dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales.

Ebstrin, a fait paraître dans le *Zeitschrift für klinische Medecin* (1885) un remarquable travail : *Etude clinique et critique de la péritonite par perforation*. Les observations qu'il publie, de même que ses recherches nécroscopiques, le conduisent aux conclusions suivantes : lorsque dans le cours d'une péritonite aiguë, les vomissements manquent, ou lorsque ceux-ci cessent au moment où la péritonite se déclare, le malade étant en pleine connaissance, on peut diagnostiquer que la péritonite a été causée par une perforation stomacale, ou bien qu'une perforation stomacale est venue s'ajouter à une péritonite aiguë préexistante. Il ajoute cependant que les vomissements peuvent se montrer à la suite de péritonite par perforation stomacale, ou réapparaître s'ils avaient cessé ; mais dans ce cas l'orifice stomacale ne s'ouvre pas librement dans la cavité péritonéale, il est toujours bouché soit par un organe voisin, soit par un bouchon accidentel. — M. le professeur Dieulafoy, dans le T. III de son manuel de Pathologie-interne, dit éga-

lement que les vomissements peuvent manquer dans cette péritonite.

Donc, cette absence de vomissements, avait frappé les observateurs, et quelques-uns semblent en faire presque le seul symptôme sur lequel on devra se baser pour faire le diagnostic.

Or, en parcourant un grand nombre d'observations, nous avons vu que si les vomissements peuvent faire défaut, ils existent néanmoins dans beaucoup de cas, et par conséquent ce n'est pas un symptôme suffisamment constant, pour qu'on puisse, par sa seule présence, ou sa seule absence, admettre ou exclure la perforation stomacale.

Mader, de Vienne, dans un travail intéressant (*De la soi-disant absence des vomissements dans la péritonite par perforation de l'estomac*), a cherché à combattre cette opinion, que l'absence de vomissements était de règle dans la perforation stomacale avec péritonite généralisée. Il pense, au contraire, que dans l'ulcère rond perforé, le contenu de l'estomac doit être rendu par la bouche, parce que le vomissement n'est pas simplement produit par la pression passive de l'estomac, mais encore par des contractions antipéristaltiques de l'organe, qui transformeraient en fente l'orifice de l'ulcère, par où, dès lors, ne pourraient plus s'échapper les aliments.

Voici d'ailleurs, à titre de renseignement, quelques chiffres sur la présence de ce symptôme : sur 42 cas étudiés par Stuck, les vomissements ont fait défaut

13 fois. On signale 12 fois des vomissements dans les 37 observations de la thèse de Chopin.

Il est bien évident que lorsque l'on dit *absence de vomissements*, on entend parler de la période du début de la péritonite et non de la période terminale où la douleur elle-même disparaît et où le malade, indifférent à tout, meurt dans le collapsus.

Certains auteurs, nous l'avons vu, attribuent l'absence de vomissements, à ce que les ingesta passent plutôt par la perforation que par la voie œsophagienne. Nous avons vu également que Mader combat cette théorie. D'autres auteurs pensent que l'absence de vomissements serait due, dans ce cas, à la sidération des centres nerveux, occasionnée par la rupture de la paroi stomacale.

On comprend également que le vomissement aura d'autant plus de chance de se produire, que la perforation sera plus petite et siègera plus près de la petite courbure.

Que faut-il donc conclure de cette étude sur la présence ou l'absence de vomissements, dans la péritonite par perforation d'ulcère de l'estomac? Il est certain que l'absence de vomissements, tout en n'étant pas un signe pathognomonique de perforation de l'estomac, a néanmoins une certaine valeur : en effet, dans les péritonites par perforation de l'intestin, les vomissements ne manquent pour ainsi dire jamais, alors qu'ils sont beaucoup plus souvent défaut quand la perforation siège à l'estomac. Donc, déjà ce fait peut être une présomption en faveur de la perforation stomacale ; et

lorsqu'ils coïncidera avec quelques uns des signes que nous avons étudiés plus haut, cette présomption pourra se changer en certitude, surtout si la localisation nette du point douloureux initial vient encore éclairer le diagnostic. Aussi, dit M. Michaux, on a justement insisté sur l'absence des vomissements dans l'ulcère gastrique perforé.

Tels sont les symptômes sur lesquels on s'appuiera pour formuler le diagnostic de localisation de la perforation, cause de la péritonite généralisée. Ils sont loin d'avoir tous une égale valeur ; et l'on vient de voir que, précisément, l'absence de vomissements sur laquelle beaucoup d'auteurs croyaient devoir baser leur diagnostic, ne peut par elle-même, à peu près rien prouver : cette absence de vomissements n'a de valeur que, jointe à d'autres signes. Il en est de même du collapsus, quelque rapide et quelque considérable qu'il soit. Nous avons vu également que le météorisme et la disparition de la matité hépatique, n'avaient que peu de valeur. Restent donc deux symptômes : la *tension* toute particulière des muscles de l'abdomen et la *douleur* spéciale, qui marque le début des accidents. Mais ces deux signes ont une valeur diagnostique considérable, quand, leur présence une fois constatée, on en étudie soigneusement les caractères particuliers.

Diagnostic différentiel. — Nous allons maintenant passer rapidement en revue, les affections qui ont été le plus fréquemment diagnostiquées, alors qu'il s'agissait d'une péritonite par perforation d'ulcus stomacal.

Appendicite. — La douleur de l'appendicite a un siège bien spécial et bien connu maintenant : dans la fosse iliaque droite, au niveau du point de Mac Burney, point où l'on trouve le maximum de douleur, il existe une hyperesthésie cutanée au simple contact, et une défense musculaire typique. Le diagnostic différentiel présenterait plus de difficultés dans le cas d'inflammation d'un appendice à type remontant : dans ce cas, en effet, le siège du point douloureux maximum, tend à se rapprocher de celui que nous avons étudié dans le cas de perforation stomacale. Mais ce sur quoi on devra surtout se baser pour le diagnostic différentiel, ce sera le mode de début de la douleur : dans l'appendicite, la douleur ne survient jamais avec la brusquerie et l'intensité qu'elle acquiert d'emblée dans le cas de perforation de l'estomac. Il n'y a rien dans le début de l'appendicite qui rappelle le « coup de poignard péritonéal ». « La douleur, dans l'appendicite, n'est pas d'emblée extrêmement vive, elle met une demi-heure, une heure et bien plus encore, avant d'atteindre une intensité qui, du reste, est rarement excessive. Tandis que, au cas de péritonite par perforation duodénale ou stomacale, la douleur est aussi atroce que soudaine. » (Dieulafoy, loc. citato, p. 242.)

De plus, l'état du ventre est bien différent dans les deux cas : si dans la perforation stomacale, le ventre peut être dur, rétracté, ce phénomène n'a pas lieu dans l'appendicite, ou tout au moins se trouve limité aux parages de la région appendiculaire. Dans l'appen-

dicite enfin, le tympanisme abdominal n'a de tendance à se produire que beaucoup plus tardivement.

Cependant nous croyons utile de signaler en passant une erreur de diagnostic difficile parfois à éviter ; dans le cas d'une perforation du duodénum ou de l'estomac, des liquides sortent du tube digestif et vont s'accumuler de préférence en certains points de la cavité péritonéale, tels que le bassin, les fosses iliaques et créent là un foyer plus accusé de péritonite, qui se traduit par des symptômes locaux précis. Et l'on comprend que dans le cas où ce fait se passera au niveau de la fosse iliaque droite, il est possible, qu'en face de ce nouveau point douloureux, le médecin abandonne sa première idée, pour songer à l'affection, qui cause tant de péritonites, à l'appendicite.

On voit donc combien une étude attentive et soignée de la douleur du début est importante et combien le clinicien devra s'attacher à en examiner tous les caractères.

Perforation intestinale. — Survient en général soit dans le cours d'une fièvre typhoïde, soit à la suite d'ulcérations tuberculeuses ou cancéreuses. Or, dans ces cas, il existait, avant la perforation, des symptômes qui avaient attiré l'attention de ce côté, et quand elle se produit, on s'y attendait, ou tout au moins, elle ne surprend que peu, étant donné l'état antérieur du malade.

Occlusion intestinale. — Dans beaucoup d'observa-

tions, le diagnostic est resté hésitant entre une occlusion intestinale et une péritonite par perforation. Nous allons essayer de montrer qu'il y a cependant pour un observateur soigneux des différences assez notables. Tout d'abord la douleur n'offre pas les mêmes caractères : dans l'occlusion, la douleur ne débute jamais avec la brusquerie et l'intensité de celle de la perforation stomacale. Dans l'occlusion la douleur est généralisée à tout l'abdomen et cela dès le début ; elle offre aussi des paroxysmes momentanés, auxquels succèdent des périodes de calme relatif. Le ventre est distendu, et en regardant attentivement, on voit de légères bosselures à sa surface, bosselures variant de forme et de volume suivant les contractions de l'intestin. Dans la péritonite consécutive à l'ulcère perforé de l'estomac, le ventre peut être ballonné, mais alors il ne présente jamais ces bosselures. Et dans les flancs, au cas de péritonite, on constate parfois, une certaine matité, par suite d'un commencement d'épanchement, ce qui n'existe pas dans l'occlusion intestinale. Enfin si dans la péritonite, par suite de la paralysie intestinale, les gaz et les selles peuvent manquer, ce phénomène n'est pas constant, il l'est au contraire, dans le cas d'occlusion.

Hémorrhagie interne. — Dans l'hémorrhagie interne, la douleur est nulle, ou pas comparable tout au moins à l'atroce douleur de la perforation. Le facies n'est pas grippé ; les téguments et les muqueuses sont décolorées. Les pulsations artérielles sont impercep-

tibles aux divers foyers où l'on peut les sentir habituellement. Stokes, dans un cas embarrassant, conclut plutôt à une péritonite par perforation qu'à une hémorragie interne, par ce fait que : si les battements de l'artère radiale étaient imperceptibles, ceux de l'artère fémorale étaient plus violents que de coutume ; ce qu'il attribua à l'irritation locale produite par la péritonite.

Empoisonnements. — Il est un accident consécutif à la perforation de l'estomac et dont je n'ai pas parlé, car il ne rentre pas dans cette étude : c'est la mort subite. M. le professeur Brouardel en rapporte plusieurs cas, et la littérature médicale en contient de nombreux exemples. On comprend que dans ce cas l'entourage puisse songer à un empoisonnement, et cela d'autant mieux, que, comme nous l'avons dit en débutant, la perforation survient fréquemment à la suite d'un repas ou de la seule ingestion de liquides. Cruveilhier, qui avait noté cette coïncidence, insistait également sur la vraisemblance de l'empoisonnement quand les accidents surviennent à la suite d'un repas. Pour bien poser le diagnostic dans ce cas, il faut tenir le plus grand compte de l'âge du malade, de ses antécédents, des conditions dans lesquelles ont éclaté les symptômes morbides. C'est ainsi que Cruveilhier, après avoir appris que le malade souffrait depuis plusieurs mois de l'estomac et que les digestions étaient laborieuses, put annoncer, avant l'autopsie, qu'il trouverait un ulcère de l'estomac perforé, quand tout le

monde croyait à un empoisonnement. En outre, il faudra examiner la langue, les parois de la bouche et du pharynx : certaines substances corrosives déterminent, en effet, par leur simple passage sur ces parties, une destruction plus ou moins complète de la muqueuse, ou d'autres traces de leur contact. Dans le cas d'empoisonnement par l'arsenic, il existe des déjections alvines fétides, le pouls est irrégulier, il y a du délire et parfois une éruption miliaire ou pustuleuse à la partie antérieure de la poitrine. Il y a de la contraction du pharynx et au début un crachottement incessant.

Ulcère du duodénum. — L'ulcère du duodénum est plus fréquent chez l'homme, c'est le contraire pour l'ulcère de l'estomac. Mais ce ne peut être là qu'une présomption. Les commémoratifs apprenant le siège spécial des douleurs et leur apparition tardive après les repas, peuvent encore être un certain appoint. Mais il faut bien savoir que l'ulcus duodénal perforant évolue le plus souvent à l'état latent. D'ailleurs, ainsi que l'a dit le professeur Dieulafoy, il est souvent impossible de dire si l'ulcère qui vient de se perforer siègeait au duodénum ou à l'estomac. Il ajoute : « Ce diagnostic n'a qu'une médiocre importance, puisque les indications et le procédé opératoire sont applicables aux deux cas. »

Rupture de la rate. — La rupture de la rate se manifeste par une vive douleur dans l'hypochondre gauche ; mais alors surviennent tous les symptômes

de l'hémorrhagie interne, et l'individu succombe rapidement sans péritonite.

Rupture de grossesse extra-utérine. — On se basera dans ce cas sur le point de départ de la douleur et les symptômes de l'hémorrhagie interne qui l'accompagnent. On trouvera fréquemment en interrogeant les signes d'une grossesse à son début.

Colique hépatique. — La douleur de la colique hépatique a un siège spécial, siège qu'occupe dans certains cas la douleur de la perforation stomacale. Mais ce n'est nullement alors le coup de « poignard péritonéal ». Et quelque intenses que soient les douleurs de la colique hépatique, elles n'ont jamais ce début brusque de la douleur de la perforation. De plus, et le professeur Dieulafoy insiste sur ce point, l'aspect du malade n'est pas du tout le même : malgré ses vomissements et ses souffrances, le malade atteint de coliques hépatiques, n'a jamais au bout d'une heure ou deux le masque péritonéal de l'homme qui vient d'avoir une perforation : le visage n'est pas grippé, il n'y a pas de tension ou de distension du ventre, pas de pouls péritonéal. D'ailleurs, la teinte ictérique des téguments et des urines vient bientôt le plus souvent fixer le diagnostic.

Ce diagnostic peut cependant être parfois des plus embarrassant et l'on ne devra pas oublier ce fait sur lequel Dieulafoy a attiré l'attention (*Manuel de Path. Int.* T. III); nous voulons parler de la fièvre qui par-

fois accompagne la migration des calculs et qui peut faire croire à une péritonite qui n'existe pas.

Dans le cas où une péritonite serait consécutive à la perforation des voies biliaires, ce sera surtout l'étude des commémoratifs qui aidera au diagnostic.

Enfin chez une femme on pratiquera toujours le toucher vaginal qui éclairera sur l'état des organes du petit bassin, une salpyngite suppurée pouvant se rompre dans la péritoine et amener une péritonite généralisée.

II

Des signes qui au cours de la laparotomie devront faire penser à la perforation de l'estomac.

« Si désirable que soit un diagnostic étiologique, si utile qu'il soit en réalité, il n'est cependant pas toujours possible..... En présence d'une inflammation péritonéale vive et menaçant directement la vie du patient, en l'absence de symptômes indiquant une fin prochaine et irrémédiable, le chirurgien paraît actuellement autorisé à intervenir, même avec un diagnostic étiologique insuffisant (Th. d'Ag. de Truc 1889).

Il est bien certain que la clinique réservera toujours des surprises au médecin et que, parfois, malgré un examen soigneux du malade et des circonstances du fait, le diagnostic ne pourra être posé d'une façon ferme. Or nous venons de voir que l'opinion actuelle est, qu'on est autorisé à intervenir quand même, pourvu que le malade ne soit pas en un état à faire craindre qu'il ne puisse supporter l'intervention la plus légère.

Peut-on au cours de la laparatomie arriver à for-

muler un diagnostic plus précis ? C'est ce qu'il semble résulter de l'opinion de Lawson Tait, quand il dit : « En présence d'une péritonite grave, je me préoccupe médiocrement de sa cause et de sa nature, j'ouvre d'abord le ventre largement, et je me conduis ensuite suivant les indications fournies par l'inspection directe. » Ce sont ces indications que nous allons maintenant passer rapidement en revue.

Un premier fait signalé par tous les auteurs, c'est que lorsque le péritoine a été incisé, il s'échappe des gaz souvent en quantité considérable.

Ce fait conduit évidemment à penser à une perforation, mais il n'indique pas où siège cette perforation. Cependant, il est un caractère particulier, sur lequel plusieurs auteurs ont attiré l'attention, et qui sera d'un certain secours pour le diagnostic ; nous voulons parler du manque total d'odeur de ces gaz, ou tout au moins de leur odeur spéciale et non fécaloïde.

En effet, Siredey et Danlos, à l'article « Péritonite » du dictionnaire Jaccoud, disent : « Quand la perforation siège sur le tube digestif, le péritoine contient et quelquefois en quantité considérable, des gaz qui se dégagent dès que le scalpel a pénétré dans le ventre, et dont l'odeur est d'autant plus fétide que la perforation est plus voisine du rectum. » Steinthal disait en 1888 : « La laparotomie faite, le diagnostic peut être éclairé de la façon suivante : Quand le péritoine laisse échapper des gaz inodores, on a probablement affaire à une perforation de l'estomac, tandis que des gaz fé-

tides, viennent de l'iléon et du colon. » Les chirurgiens anglais (Observations de la thèse de Houzé) ont remarqué que fréquemment les gaz qui s'échappaient à l'ouverture du péritoine, dans le cas de péritonite par perforation stomacale, avaient une odeur acide, ne rappelant en rien l'odeur fécaloïde.

En présence de ce fait, gaz inodores ou d'odeur acide, s'échappant de la cavité péritonéale au moment de son ouverture, le chirurgien, qui n'a pu, par l'examen de son malade, localiser la perforation cause de la péritonite, doit songer immédiatement à l'estomac et porter ses recherches de ce côté.

Ce signe, à lui seul, n'a pas évidemment une valeur absolue, mais si l'un ou l'autre des signes que nous allons voir maintenant, lui était joint, il deviendrait alors un guide extrêmement précieux. Il est bien évident qu'il s'agit, dans ce cas, de constatation faite au cours d'une laparotomie précocée, car plus tard ce signe ferait défaut.

Une fois le ventre largement ouvert, il arrive assez fréquemment que l'on voit sur les anses intestinales des particules alimentaires incomplètement digérées et parfaitement reconnaissables (pépins de raisin, Obs. VI, Lait caillé, Obs. XI). D'autrefois le liquide épanché dans le péritoine n'a pas sa couleur habituelle, ce qui tient à son mélange avec les matières issues de l'estomac par la perforation — Brayer, dans sa thèse, dit également, que, une fois le ventre ouvert, la recherche de la perforation est rendue facile quand il s'est fait dans la cavité péritonéale. une extravasation de ma-

tières alimentaires, Puis il fait remarquer que ce signe inconstant manque avec une perforation siégeant au niveau ou très près de la petite courbure.

Il est encore un autre signe, qui, dès l'ouverture du ventre, éliminera d'emblée l'affection que l'on a peut-être le plus confondue avec la péritonite par perforation stomacale, nous voulons parler de l'occlusion intestinale. En effet, dans le cas d'occlusion intestinale, les anses des intestins sont fortement distendues et tendent à faire hernie au travers de l'incision. Ici au contraire, les anses d'intestin ne présentent point cette distension exagérée, ni cette tendance à sortir du ventre. Ce fait cité dans la thèse de Mehier, a été contrôlé dans les opérations (Obs, XV).

Enfin il est un dernier signe encore plus difficile il est vrai, à apprécier, mais qui bien constaté, forcera en quelque sorte la main du chirurgien à se diriger vers le siège de la perforation. Nous ne l'avons trouvé malheureusement que peu souvent mentionné ; mais il est probable que lorsque l'attention aura été attirée sur ce fait, on en signalera plus fréquemment l'existence.

Ce signe consiste en la constatation de lésions péritonitiques allant en s'accroissant progressivement au fur et à mesure que l'on monte vers l'estomac, au niveau duquel existe un maximum des lésions. Nous renouvelons ici la réserve que nous avons formulée plus haut à propos des gaz inodores : on ne pourra observer ce signe que dans le cours d'une intervention précoce, car il est évident que plus tard toute la sé-

reuse péritonéale sera prise et il serait difficile de reconnaître le maximum des lésions.

Nous croyons bien faire en terminant ce chapitre et pour le résumer, de citer l'opinion de M. Poncet : « qui blâmera le chirurgien qui en face de symptômes pouvant faire craindre une perforation ferait la laparotomie ? L'abdomen ouvert : la sortie de gaz inodores, la vascularisation plus intense des parois de l'estomac, lui indiqueront alors la conduite à tenir ; la laparotomie commencée dans un but d'exploration devient alors curatrice. »

Observations

OBSERVATION I (Personnelle).

Ulcère de l'estomac perforé. — Péritonite suraiguë. — Mort.

Mme L..., âgée de 45 ans, célibataire, fut prise, au moment où elle préparait son repas, d'une douleur atroce au creux de l'estomac. Elle gagna avec peine son lit, croyant que le repos allait calmer ses souffrances. Une voisine lui fit prendre un cordial qui n'eut pour résultat que d'augmenter l'intensité de la douleur. Ce ne fut que le lendemain, 20 octobre 1895, qu'un médecin, appelé, la fit transporter à la Charité, où elle entra dans le service de M. Gouraud.

A son entrée, on constate que le ventre n'est pas ballonné, mais très dur. La pression réveille de la sensibilité dans tous les points, cependant la pression au dessus de l'ombilic est supportée plus difficilement qu'au dessous, où la paroi semble aussi plus souple. Hoquet très douloureux, pas de vomissements. Extrémités froides. Facies péritonéal. Voix faible, respirations fréquentes. Pas de selles depuis deux jours.

Comme antécédents on note une amputation du sein gauche pour tumeur, il y a trois ans.

Pas de récurrence, ni de ganglions. Elle dit aussi que, depuis environ deux ans, ses digestions se faisaient mal et qu'elle vomissait de temps en temps ses aliments. Constipation habituelle.

On lui fit des applications de glace sur le ventre, et on administra de l'opium à l'intérieur. Une selle fut provoquée par un lavement.

Le soir, à 6 heures, température 38°7. A partir de ce moment le ventre se ballonna un peu, en même temps que la douleur était moins vive. Le facies était toujours altéré. Le pouls petit est incomptable. Mort, à 4 heures du matin.

Autopsie. — A l'ouverture du péritoine, il s'échappe en sifflant une quantité considérable de gaz. Les intestins sont injectés, il n'y a pas de pus, mais dans le petit bassin, on trouve un liquide roussâtre avec quelques débris de haricots reconnaissables. Rien aux annexes ni à l'appendice ; sur la face antérieure de l'estomac, à égale distance entre la petite et la grande courbure, existe une perforation de la dimension d'une pièce de 0 fr. 20 centimes. Cette perforation correspondait à un ulcère de l'estomac qui, vu par la face muqueuse était creusé en entonnoir et entouré d'une zone d'induration de deux centimètres environ.

OBSERVATION II (Inédite).

Ulcère de l'estomac perforé. — Mort par péritonite.

La nommée H..., 38 ans, entre dans le service de M. le docteur Gouy, à l'hôpital de l'Est, au Havre, le 5 février 1896, avec les symptômes suivants : ventre excessivement ballonné ; matité hépatique disparue. Ventre très douloureux, surtout au dessus de l'ombilic, où la moindre pression arrache des cris à la malade. Température 37°9. Facies grippé. Extrémités froides. Langue sèche, soif intense.

Elle raconte que le 3 février, en faisant un léger effort, elle

ressentit tout à coup, sous les fausses côtes du côté gauche, une douleur extrêmement violente et tomba à terre. Rien ne pouvait calmer cette douleur ; un médecin appelé fit appliquer des cataplasmes que la malade ne put supporter. Dans la nuit elle eut deux ou trois vomissements bilieux qui n'ont pas reparu. Le lendemain la douleur était toujours très vive, surtout au niveau de l'estomac, elle fait appeler de nouveau un médecin qui ordonne son transfert à l'hôpital, où elle ne se décide à entrer que le lendemain.

Cette femme, sauf une rougeole dans le jeune âge, n'avait jamais eu de maladie. L'appétit était bon et les selles assez régulières. Elle était bien réglée.

Dans l'après-midi du jour de son entrée, la respiration devint de plus en plus gênée, et la malade succombait dans la nuit.

Autopsie. — On trouva comme cause de la péritonite une perforation consécutive à un ulcère et siégeant au voisinage du cardia, sur la face antérieure. Les autres organes du ventre ne présentaient rien de particulier.

OBSERVATION III (Traube. in Th. de Brayer).

Homme, 28 ans ; perforation stomacale suivie de péritonite diffuse. La mort survient peu de temps après le commencement de la maladie. Le malade à son arrivée présentait les signes d'une péritonite par perforation. Et ce diagnostic Traube le porta à la suite de l'apparition d'une masse gazeuze au niveau de l'épigastre. La cause de cette péritonite fut placée dans l'estomac, parce que le malade en souffrait depuis longtemps et aussi à cause de l'absence de vomissements. La paroi abdominale était très dure et rétractée.

OBSERVATION IV.

Laparotomie dans un cas de perforation avec péritonite générale dans le cours d'un ulcère (d'après Barlin 1812), par Kiege, trad. dans le Mercredi Médical, 4 janvier 1893.

Homme de 41 ans, dont les troubles digestifs remontent à l'âge de 20 ans. Soigné pour un catarrhe de l'estomac, puis pour une gastrite, il fut pris, au commencement de juin 1891, d'hématémèses qui se reproduisirent trois fois dans le courant du mois, la dernière du 24 au 31 juin.

Le malade s'était rétabli et avait pu reprendre ses occupations en suivant un régime spécial. Un an après, dans la nuit du 18 au 19 mai 1892, après avoir éprouvé pendant plusieurs jours des douleurs légères dans l'épaule, il fut brusquement éveillé de son sommeil, par des douleurs violentes dans le ventre, principalement dans la région épigastrique. La veille, il avait pris à 8 heures du soir un peu de lait et un biscuit.

Je vis le malade à 4 heures du matin, il avait un peu de collapsus. Température normale; pouls : 82. Respiration un peu accélérée. Pas de ballonnement du ventre, pas de vomissements. A la percussion, le foie présente sa matité normale.

Le lendemain on lui permet de prendre toutes les demi-heures, deux cuillerées à bouche de lait glacé. Deux heures après, il est pris d'une nouvelle crise de douleurs et à l'examen, on trouve maintenant un ventre rétracté, un peu tympanique à la percussion, avec disparition complète de la matité du foie. La laparotomie proposée est acceptée : incision sur la ligne médiane de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. A l'ouverture du péritoine, sortie d'une certaine quantité de gaz inodores. Entre les anses intestinales à peine injectées, on trouve une

certaine quantité de contenu stomacal. Perforation siégeant à trois centimètres du cardia, où le doigt parvient difficilement à la trouver : il a fallu soulever les fausses-côtes pour l'avivement et la suture. Essuyage du péritoine. Drainage à la gaze iodoformée. Guérison.

OBSERVATION V (Résumée).

Perforation d'ulcère de l'estomac. — Péritonite suraiguë. — Mort rapide. (In th. Brayer.)

Berthe J....., 18 ans, marchande au Temple, entre à l'hôpital Rothschild, lit 12 de la salle des femmes, service du docteur Weil, le 15 janvier 1892.

A fait plusieurs séjours à l'hôpital Rothschild, pour anémie et douleurs gastriques. Le 13 janvier, très fortes douleurs dans la région épigastrique, avec vomissements ; elle continue de manger comme d'habitude. Dans la nuit du 14 au 15, elle fut prise tout d'un coup, d'une douleur extrêmement violente dans l'épigastre, avec dyspnée très intense. A son arrivée à l'hôpital : température normale, facies grippé abdominal, pouls filiforme, ventre excessivement ballonné, matité dans les flancs et à l'hypogastre. Ventre très douloureux. Langue sèche, nausées, renvois, soif ardente. Pas de vomissements.

Le ventre se ballonne de plus en plus et avant que le chirurgien que l'on avait fait prévenir soit arrivé, la malade succombe.

Autopsie (24 heures après la mort). A la face antérieure de l'estomac, à demi-distance des deux courbures, existe une ouverture circulaire, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes.

OBSERVATION VI (Résumée.)

Double ulcère perforant de l'estomac. — Mort par péritonite suraiguë. (Jayle, int. des Hôp : Soc. anat. Paris, nov. 1891).

B..., Lauria, domestique, 20 ans. Entrée le 3 sept. 1891, à l'hôpital Saint-Louis, salle Gosselin n° 24. Jamais malade. Depuis trois semaines, diarrhée que la malade attribue à un changement de nourriture. Hier 2 septembre, à 6 heures du soir, elle a été prise, brusquement, en ramassant un objet à terre, d'une douleur extrêmement vive dans l'hypochondre gauche, et elle dit à ce moment avoir senti un craquement à ce niveau. Depuis, pas de selles, ni de gaz. Deux ou trois vomissements bilieux peu abondants.

A son entrée : Ventre ballonné, résonnant partout, douloureux. Temp. : 37°. Quatre heures plus tard, temp. : 36°. Mort à 11 heures du soir.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre : liquide séro-purulent avec quelques parcelles alimentaires, entre autres des pépins de raisin ; deux perforations, l'une à la face antérieure, l'autre à la face postérieure.

OBSERVATION VII. (In th. de Méhier.) Résumée.

Homme de 34 ans, alcoolique de vieille date. Travaillant depuis 15 jours chez un patron qui donne les renseignements suivants : cet homme vomissait tous les jours ; les vomissements aqueux ou bilieux, avaient lieu surtout le matin ; plus rarement, les aliments étaient rejetés dans la journée. Néanmoins

état général assez bon ; le malade faisait un travail pénible. Le 15 juin, cet homme se rend à son travail, et une heure après, il est pris brusquement d'une douleur violente, généralisée à tout l'abdomen, coliques violentes, le malade se roule à terre et rien ne peut le soulager. Le lendemain soir, 16 juin, le malade entre mourant à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Lépine, avec les symptômes suivants : face pâle, traits tirés, mains froides. Temp. rectale, 37° 5. Pouls très petit presque insensible, à 140. Le ventre n'est pas ou presque pas ballonné, mais il est très dur. La percussion ne donne en aucun point de zone de matité, ni même de submatité bien nette. Peu de douleur, à cause du commencement de collapsus : le malade a de la peine à répondre aux questions, on constate deux ou trois hoquets. Depuis son entrée dans le service, le malade ne vomit pas, et son patron a été frappé de la cessation des vomissements coïncidant avec l'apparition des symptômes abdominaux.

Laparotomie : aussitôt que le péritoine est ouvert, il s'échappe des gaz et l'on se rend bientôt compte que la péritonite est due à une perforation de l'estomac, consécutive à un ulcère rond développé dans la région pylorique, au voisinage de la petite courbure et à la face antérieure, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Le malade a succombé avant la fin de l'opération.

OBSERVATION VIII. (In th. de Méhier) résumée.

Femme de 20 ans. Ayant présenté à différentes reprises des crises gastralgiques avec vomissements.

Était à l'hôpital, quand, un matin, en se levant, elle est

prise d'un frisson, avec température de 40° et douleur très violente sous le rebord des fausses-côtes. Aucun vomissement.

Jours suivants, fièvre intense, météorisme, constipation, refroidissement des extrémités et de la langue. Mort le huitième jour.

Autopsie. — Péritonite purulente généralisée. Estomac rétréci en sablier au niveau de sa position moyenne, qui est le siège, sur la petite courbure, d'un ulcère perforé cratériforme et circulaire de 2 centimètres de diamètre.

OBSERVATION IX. (Résumée).

Ulcère perforant de l'estomac à forme foudroyante; péritonite suraiguë avec collapsus (Ch. Talamon : Soc. Anat., Paris, 1879).

R... Marg., âgée de 25 ans, institutrice, est apportée le 21 avril 1879 à la maison de santé dans le service de M. Lécorché.

Cette jeune fille présente tous les traits du collapsus abdominal le plus complet : facies grippé, tiré, yeux excavés, teinte jaunâtre, nez froid, pupilles légèrement dilatées. Pouls fréquent petit, à peine perceptible, extrémités glacées. Température axillaire 35° 8. Intelligence nette. Couchée sur le dos, elle ne se plaint que d'une faiblesse extrême, la voix est basse et cassée. Le ventre est tendu comme la peau d'un tambour, sans ballonnement, plutôt excavé : il est littéralement dur comme une planche, sonore à la percussion, la pression est partout extrêmement douloureuse.

Pas d'antécédents gastriques : appétit régulier sauf au moment des règles.

Le 19 avril à 11 heures du soir, ayant diné comme à l'ordinaire, elle fut prise brusquement de violentes douleurs abdominales et vomit à deux reprises différentes des matières alimentaires. Les vomissements étaient peu abondants et ne persistèrent pas : ils ne se sont pas reproduits depuis. Les douleurs restèrent atroces toute la nuit. La jeune fille n'était pas à son époque menstruelle. Le médecin qui vit la malade le lendemain pensa à un étranglement interne et ordonna 50 grammes d'huile de ricin : le purgatif n'amena pas de selles; plusieurs lavements furent rendus tels quels.

Le ventre était devenu dur et tendu, c'est alors au bout de 36 heures, l'état de la malade s'aggravant de plus en plus, qu'on la transporte à la Maison de santé. Pas un instant il n'y avait eu d'élévation de température. M. Lécorché accepta le diagnostic d'étranglement interne, bien que, en raison de la marche rapide des accidents, il fit des réserves en faveur de l'hypothèse d'une perforation. Aucune intervention d'ailleurs n'était possible, la malade était expirante. A 5 heures du soir T. 36° 6. Le pouls imperceptible. Ni selle, ni urine, ni vomissement. Mort à 9 heures du soir, 45 heures après le début de l'affection.

Autopsie.— Péritonite généralisée, consécutive à un ulcère de l'estomac perforé. L'orifice de la perforation, des dimensions d'un pois, siège sur la face antérieure de l'estomac, vers le milieu et à 1 centimètre de la grande courbure.

OBSERVATION X (In thèse de Chapt) .

Ulcère perforant avant fait croire à une occlusion. — Laparatomie. — Mort. (Le Dentu, 1892).

Charles, gardien de la paix, 42 ans.

Quelques antécédents dyspeptiques (gastralgie, vomissements). Début bruyant par douleur à l'épigastre et à l'aîne gauche. Vomissements bilieux, arrêt des matières et des gaz. — Collapsus.

Laparatomie médiane inférieure; il s'écoule après l'ouverture du péritoine un liquide analogue aux matières vomies. On agrandit l'incision par en haut et l'on découvre une perforation de la dimension d'un pois, à la face postérieure de la région pylorique de l'estomac. — Suture et drainage. — Mort en 12 heures.

OBSERVATION XI Résumée.

Perforation stomacale par ulcère (Lucke. Th. Piemer).

W... Marie, 18 ans. Présentant depuis quelque temps des troubles d'estomac : pesanteur, vomissements de masses glaireuses. Le 10 février 1892, après avoir mangé des plats sucrés et bu un peu de vin, elle ressent tout d'un coup des douleurs très violentes dans le ventre et se fait transporter à l'hôpital : l'abdomen, surtout dans la région ombilicale, était fortement tuméfié : à ce niveau la malade accusait des douleurs spontanées très intenses.

Le 12 février, ventre fortement tuméfié. Matité du foie très diminuée. Pas encore de vomissements.

Opération. — Après une incision sous-ombilicale, qui ne fait découvrir aucune lésion du côté de l'appendice, on en fait une autre sus-ombilicale : il s'échappe des gaz et il s'écoule une grande quantité d'un liquide trouble, d'aspect légèrement purulent, avec des flocons blanchâtres ayant l'aspect de lait caillé. En saisissant l'estomac, il s'écoule de nouvelles quantités de liquide. La perforation siégeait sur la paroi antérieure au voisinage du cardia, tout contre la petite courbure. Obturation de la perforation, lavage du péritoine, drainage. Mort le 16 février à 1 heure de l'après-midi.

OBSERVATION XII. (In th. de Chapt.)

Ulcère perforant opéré au bout de deux jours. — Mort au bout d'un mois par abcès péristomacal secondaire. — (British medical Journal, 6 mai 1893).

Fille de 20 ans, prise le 19 octobre 1892 des accidents suivants : douleur atroce syncopale dans l'abdomen, paroi rétractée, nausées sans vomissement, respiration rapide exclusivement costale. Dans les antécédents de la malade, on trouve quelques accès de gastralgie et des vomissements.

L'intervention est décidée : incision verticale à gauche de la ligne blanche. On trouve sur les anses intestinales des débris alimentaires. La perforation siégeait au niveau de la petite courbure et permettait l'introduction d'un doigt. Suture, lavage du péritoine, drainage. Mort le 31^e jour après l'intervention.

Autopsie. — Pas de péritonite ; un abcès entre le foie et

l'estomac ; deux ulcères : l'un cicatrisé sur la grande courbure, l'autre qui avait donné lieu à la perforation siégeait sur la petite courbure.

OBSERVATION XIII

(*Bulletin Médical*, septembre 1894, p. 839).

Morison rapporte l'observation d'une jeune fille de 23 ans, chez laquelle était survenue une perforation de l'estomac, après une ingestion trop copieuse et trop rapide de pain et de lait. La perforation s'était manifestée une heure après le repas par une douleur violente. On nota très rapidement de la matité dans les flancs. Collapsus très prononcé. L'abdomen fut ouvert deux heures après le début des accidents. Perforation de la paroi postérieure. Suture et essuyage. Mort le 9^e jour. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XIV

Perforation d'un ulcère de l'estomac. — Laparotomie précoce. — Suture. — Guérison. (M. Michaux, chir. des Hôp. de Paris; obs. communiquée au congrès de chirurgie à Lyon, 1894).

Dans la nuit du 27 au 28 septembre 1893, vers 1 h. ou 2 h. du matin, le nommé P. âgé de 31 ans, terrassier au service de la Compagnie des chemins de fer de l'Ouest, en soulevant un rail, éprouve une vive douleur dans la région épigastrique avec sensation de déchirement intérieur.

Une demi-heure après, la souffrance ne diminuant pas, notre homme va à la cantine prendre un quart de litre de vin. A peine a-t-il ingéré ce liquide, qu'il ressent une brûlure extrêmement vive dans la région de l'estomac. Vers 5 heures, il est pris d'un vomissement bilieux assez abondant. Les souffrances ne diminuant pas, le malade est transporté à l'hôpital Beaujon dans le service de mon excellent maître, M. le docteur Léon Labbé, salle Marjolin, n° 18.

Le 28 septembre, à la visite, je le trouve dans l'état suivant : la figure peu altérée, le pouls plein, peu fréquent : 80. Temp. 38° 2. Il n'a pas eu de vomissements depuis la nuit. Le malade se plaint toujours d'une vive douleur épigastrique ; le ventre n'est nullement ballonné : il est plutôt rétracté, dur, tendu, surtout à la partie supérieure des muscles grands droits de l'abdomen. Il n'y a pas eu de selle depuis l'accident.

En présence de ces signes, malgré la conservation remarquable de l'état général et l'absence de collapsus, je soupçonne immédiatement une déchirure de l'estomac ou de la première partie de l'intestin grêle et je propose au malade une intervention chirurgicale, dont je lui fais ressortir la nécessité et les avantages.

J'obtiens, non sans peine, son consentement et l'opération est pratiquée séance tenante, dans les dix premières heures après l'accident. Les instruments sont stérilisés, les précautions antiseptiques les plus minutieuses sont prises. Anesthésie par le chloroforme.

Incision exploratrice étendue depuis l'appendice xyphoïde, jusqu'au voisinage de l'ombilic. A peine la paroi est-elle incisée que nous voyons s'écouler du péritoine ouvert, du vin peu altéré et quelques débris alimentaires, résidu du repas de la veille au soir. L'incision agrandie avec les ciseaux, je constate qu'il s'agit bien, comme je l'avais soupçonné, d'une perfo-

ration de l'estomac siégeant très haut et très profondément, sur la face antérieure tout près du cardia. La perforation est linéaire et mesure 10 à 15 millimètres de long; elle laisse échapper dans les mouvements de la respiration de nouvelles quantités de liquides, qui descendent vers l'ombilic en avant du grand épiploon dont l'étalement protège les anses intestinales Suture. Drainage. Guérison.

OBSERVATION XV

*Ulcère de l'estomac. — Périlonite par perforation. —
Laparotomie. — Guérison.*

(H. Hartmann. Soc. de chirurg. 27 mars 1895)

Le 28 décembre 1894, nous sommes appelé à 9 heures du soir par notre ami M. Malherbe, pour voir, à l'hôpital Bichat, un malade venant d'entrer dans le service de notre maître, le professeur Terrier, pour des accidents aigus de périlonite par perforation ou d'occlusion intestinale, comme nous dit M. Malherbe dans sa lettre.

Nous trouvons un malade très déprimé, le ventre ballonné, tendu, d'une sonorité tympanique; les extrémités sont froides, les yeux excavés, le pouls petit, fréquent à 126; respirations fréquentes: 34. T. 37° 4. Langue sèche. Coliques. Pas de vomissements.

Agé de 26 ans, a eu quelques troubles gastriques et trois vomissements de sang. Souffrait davantage depuis une quinzaine de jours: douleurs dans les flancs et dans l'hypochondre gauche.

Le 25 décembre, il avait déjeuné normalement à midi, et pris à 6 heures moins un quart une groseille au vin. Quand, à

6 heures, en se promenant, il éprouva un malaise brusque, qui n'alla pas jusqu'à la syncope, mais qui, néanmoins, l'obligea à entrer dans une pharmacie. Après avoir pris une potion calmante, il fut ramené chez lui en voiture.

Opération. — Petite incision susombilicale; des gaz s'échappent avec sifflement. L'épiploon présente à sa surface des exsudats fibrineux purulents, l'intestin ne présente pas trace de météorisme.

L'incision est prolongée vers l'appendice xyphoïde. Les lésions préépiploïques vont en augmentant à mesure qu'on s'élève. Entre le foie et l'estomac se trouve un liquide, ressemblant à du lait mêlé de pus; en remuant un peu l'estomac, un flot de ce liquide arrive dans la plaie.

M. Hartmann trouve une perforation sur la face antérieure de l'estomac, au voisinage du cardia. Il ne put suturer et se contenta d'établir un barrage à la gaze iodoformée, avec un drainage. — Guérison.

OBSERVATION XVI (In Th. de Chapt.)

M. Sh..., 23 ans, jeune fille de grande taille, de mine florissante, réglée régulièrement et de santé parfaite jusqu'à il y a un an.

A cette époque, elle eut l'influenza et pendant sa convalescence, elle ressentit plusieurs fois quelques douleurs dans le creux de l'estomac, mais ces douleurs disparurent rapidement et ne la gênèrent plus dans la suite; elle continua son travail sans interruption.

La veille de sa mort, elle était encore bien portante et était sortie. La nuit se passa tranquillement et elle dormit bien sans interruption. Le matin en se levant, pendant qu'elle mettait

sa robe, elle tomba tout à coup, prise d'une violente douleur dans la région de l'estomac. Comme cette douleur devint plus vive à la suite de l'absorption d'eau-de-vie, on envoya chercher un médecin ; mais celui-ci arriva trop tard : la malade était morte rapidement en proie à des douleurs atroces et à un hoquet continu.

Autopsie. — Perforation d'un demi-pouce de diamètre sur la petite courbure.

OBSERVATION XVII

Ulcère simple de l'estomac perforé. Péritonite suraiguë. — (M. Landouzy. Soc. Anat., 3 oct. 1873, p. 651).

M. Landouzy fait voir un estomac de volume normal, présentant sur sa face antérieure, à un centimètre en avant du pylore, un orifice elliptique à bords nets et repliés de cinq millimètres dans son grand diamètre.

Cette perforation a été trouvée à l'autopsie d'un jeune homme K... Pierre, 19 ans, garçon marchand de vins, qui entra à Beaujon, le 6 août à 10 heures du matin, se plaignant de douleurs abdominales très vives.

K... se présente avec la face anxieuse, grippée, couverte de sueurs froides, les yeux sont creux, le nez froid, la langue à peine chaude. Le pouls, petit, est à 110; la température rectale à 40°. Le ventre est très tendu, ballonné, douloureux à la moindre pression, surtout dans la région sus-ombilicale.

K... se plaint de douleurs continues dans tout l'abdomen, de soif vive et d'envies de vomir : trois fois il vomit sans effort des matières glaireuses, jaunâtres, sans odeur.

K... raconte qu'il souffre seulement depuis la veille au soir.

Il n'avait eu dans la journée aucun malaise, quand après avoir bu un verre de vin, il fut pris, en faisant un effort, d'une douleur, très vive, qui traversa la partie supérieure de l'abdomen, et qui semblait partir du côté gauche.

K... s'imaginait avoir avalé un éclat de verre : il se coucha immédiatement. Il voulut prendre un peu d'eau, mais n'en avala qu'une gorgée, parce que la douleur abdominale devint atroce.

Toute la nuit, K... eut des douleurs violentes dans le ventre, eut plusieurs vomissements jaunâtres et ne put aller à la selle malgré un lavement.

K... de constitution vigoureuse, fortement musclé, dit n'avoir jamais été malade, ni même souffrant, jamais ses digestions n'ont été difficiles, jamais il n'a eu de vomissements d'aucune sorte. L'examen de tous les anneaux est fait avec soin, jamais K... n'a eu de hernie.

Quelques heures après son entrée à l'hôpital, les douleurs se calment, le poulx devient plus petit et plus fréquent, puis la prostration survient et le malade meurt à six heures du soir.

OBSERVATION XVIII

Ulère latent de l'estomac. — Péritonite. — Laparotomie. — Mort.
(Soc. Anat. Paris 1890 : MM. Dirriart et Appert).

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, femme de chambre, chez une cliente de M. le professeur Dieulafoy. Elle affirma qu'elle avait toujours joui d'une excellente santé, qu'elle n'avait jamais eu aucune difficulté de digestion : c'est à peine si quelqu'un se rappelle que, deux ou trois mois auparavant,

elle avait dit un jour qu'elle avait mal à l'estomac, mais sans y insister davantage. Jamais elle n'avait eu de vomissements, ni d'hématémèses, ni de douleurs stomacales vives ; en un mot elle était en parfaite santé, et le jour où la perforation éclata, elle avait fait pour sa maîtresse de nombreuses courses dans Paris, elle avait bien déjeuné, bien diné.

Ce fut une heure ou deux après dîner, qu'elle ressentit brusquement une douleur atroce au creux de l'estomac ; elle se mit à pousser des cris perçants et se tordit de douleur, à tel point que, dans l'entourage, on pensa qu'elle était atteinte d'une crise d'hystérie. Mais c'est en vain qu'on cherchait à la soulager : elle continua à souffrir toute la nuit ; et c'est seulement vers le matin que la douleur s'atténua, mais en s'étendant à tout l'abdomen.

Au matin, M. Dieulafoy vit la malade dans l'état suivant : abdomen sensible au moindre contact, sans tumeur perceptible, ni zone de matité, pouls fréquent sans aucun autre signe morbide, ni vomissements, ni hoquet ; la malade était allée à la selle l'avant-veille.

Quoique l'état général paraissait bon, et qu'en particulier la malade n'ait pas du tout le facies péritonéal, M. Dieulafoy, pensa qu'il existait une péritonite généralisée probablement consécutive à la perforation d'un ulcère latent de l'estomac et il conseilla le transport à l'hôpital en vue d'une opération.

A l'arrivée à l'hôpital, même état local : pouls : 120 ; Température 38°4. Le chirurgien de garde, M. Faure, pratiqua la laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine, un flot de liquide jaunâtre sortit du ventre. Les intestins apparaissent rouges, congestionnés, présentant par place des fausses membranes crémeuses de formation récente. Introduisant la main dans la plaie, M. Faure alla à la recherche de l'appendice, des ovaires et des pompes, et put se convaincre

que ces organes étaient sains. Chaque exploration faisait sortir du ventre un liquide jaunâtre qui venait de haut. M. Faure se disposait donc à prolonger l'incision vers l'épigastre, mais le mauvais état de la malade dont le pouls et la respiration s'affaiblissaient d'une façon inquiétante, l'engagea à simplifier l'intervention le plus possible. Il se contenta de laver le péritoine à l'eau bouillie, et referma la plaie, en laissant toutefois un drain à la partie inférieure.

Morte le lendemain à 9 heures.

Autopsie (résumée). — Lésions de péritonite généralisée récente, plus marquées vers la partie supérieure de l'abdomen. Il existait deux perforations : l'une à la face antérieure, l'autre à la face postérieure, vis-à-vis l'une de l'autre et se superposant par contact.

OBSERVATION XIX (Résumée).

*Perforation d'un ulcère de l'estomac. — Laparotomie.
Guérison.*

(W. H. Bennett, *Lancet*, 7 juillet 1895, T. II. p. 21).

Femme mariée, âgée de 41 ans, qui depuis deux ans, souffre constamment de flatulence, surtout après les repas, mais n'a jamais eu de douleurs vives, de vomissements, ni d'hématémèses, ressent le 4 avril 1894, une douleur violente au niveau de l'ombilic et tombe à terre. Elle est aussitôt transportée à « Saint-Georges-Hospital ». M. Bennett appelé, la voit à onze heures du soir : collapsus considérable, pouls petit, température au-dessous de la normale. Légère distension abdominale; au-dessus de l'ombilic sensibilité à la pression et douleur vio-

lente, la matité hépatique est remplacée par une résonnance tympanique, respiration abdominale diminuée, mais non abolie. Pas de nausées, mais facies abdominal typique.

Opération : Laparotomie sus-ombilicale. Perforation à la face postérieure à deux pouces et demi du pylore, de la dimension d'un cathéter anglais n° 6. Oblitération par sutures. Sort complètement rétablie le 23 mai.

CONCLUSIONS

Après la discussion un peu longue des symptômes spéciaux sur lesquels on peut s'appuyer pour établir le diagnostic de péritonite suraiguë par ulcère perforé de l'estomac, nous croyons utile, pour plus de clarté, de résumer ici sous forme de conclusions, les résultats de cette étude :

I. — Avant la laparotomie, deux symptômes surtout ont une grande valeur diagnostique pour la localisation à l'estomac du siège de la perforation. Ce sont :

1° La *douleur* avec sa soudaineté, son intensité, sa localisation spéciale, sa constance presque absolue et son exaspération habituelle par l'ingestion de liquides. Ce « coup de poignard » péritonéal, marquant d'une façon solennelle le début de la perforation, est le meilleur des signes de diagnostic ;

2° La *tension* spéciale du ventre : cette dureté et cette rétraction de la paroi, quand elles existent, doivent faire localiser à l'estomac le siège de la perforation.

A côté de ces deux signes cardinaux, viennent se placer d'autres signes moins constants, tels que l'intensité et la rapidité du collapsus, l'absence de vomissements, l'hypothermie, dont la valeur moindre n'est pas cependant à négliger.

II. — Au cours de la laparotomie : l'issue de gaz inodores, ou d'odeur plutôt acide que fécaloïde, la présence au milieu des anses intestinales de résidu alimentaire, la progression des lésions de péritonite allant en augmentant au fur et à mesure qu'on se rapproche de l'estomac, sont autant de signes dont le chirurgien doit tenir compte dans la recherche de la perforation.

Vu : Le Doyen, Vu : Le Président de la Thèse,
BROUARDEL. DIEULAFOY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Artchagouni-Utadjian.* — Th. doct. Paris, 1888-1889.
Bouchard. — Thérapeutique des maladies infectueuses.
Bouveret. — Traité des maladies de l'estomac.
Brayer. — Th. doct. Paris, 1892-1893.
Brinton. — Traité des maladies de l'estomac.
Brouardel. — De la mort subite.
Chapt. Th. doct. Paris, 94-95.
Charcot-Bouchard. — Traité de médecins. III^e vol.
Chapin. — Th. doct. Paris, 98-96.
Colin. — Th. doct. Paris, 1894.
Damaschino. — Maladie des voies digestives, 1888.
Debrand. — Th. doct. Paris, 1882.
Dieulafoy. — Manuel de path. int., 10^e édition, t. III. —
Cl. médic. de l'Hôtel-Dieu, 1897-1898.
Dictionnaire de méd. et de chirurg. : Péril.-Est.
Dictionnaire Jaccoud : Péril.-Est.
Gérard. — Th. doct. Paris, 1803.
Houzé. — Th. doct. Paris, 1896.
Leblanc. — Th. doct. Paris, 1896-1897.
Lefèvre. — Arch. méd., 1842.
Marion. — Th. doct. Paris, 1897.
Méhier. — Th. doct. Lyon, 1895.
Mercredi-Médical, 4 janvier 1893.

Michaux. — Congrès chirurg. : 1824. — Soc. de Chirurg.,
11 mars 1896.

Savariaud. — Th. doct. Paris, 97-98.

Traité de chirurgie. T. VI, art. péritonite.

Truc. — Th. agrégat., 1885.

